

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS HIV
POSITIVOS COM IDADE ACIMA DE 50 ANOS E CARGA VIRAL
INDETECTÁVEL**

NICOLE DO NASCIMENTO

Porto Alegre 2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS HIV
POSITIVOS COM IDADE ACIMA DE 50 ANOS E CARGA VIRAL
INDETECTÁVEL**

NICOLE DO NASCIMENTO

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Sprinz

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em Medicina:
Ciências Médicas, da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Programa de Pós- Graduação
em Medicina: Ciências Médicas.

Porto Alegre 2023

CIP - Catalogação na Publicação

Do Nascimento, Nicole
FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA EM
INDIVÍDUOS HIV-POSITIVOS COM IDADE ACIMA DE 50 ANOS E
CARGA VIRAL INDETECTÁVEL / Nicole Do Nascimento. --
2023.
71 f.
Orientador: Eduardo Sprinz.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto
Alegre, BR-RS, 2023.

1. HIV. 2. Qualidade de vida. 3. Envelhecimento. 4.
Idoso. 5. Saúde mental. I. Sprinz, Eduardo, orient.
II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Epígrafe:

“Os principais problemas enfrentados hoje pelo mundo só poderão ser resolvidos se melhorarmos nossa compreensão do comportamento humano.”

B. F. Skinner.

AGRADECIMENTOS

Para a realização desta etapa importante em minha vida, pude contar com o apoio, atenção e compreensão de muitas pessoas.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Eduardo Sprinz pela disponibilidade para orientação e pelos ensinamentos relacionados a infectologia e pesquisa.

Ao professor Prof. Dr. Murilo, que teve um papel essencial nesta jornada, me ensinou e acolheu em momentos angustiantes.

Aos Professores da Comissão Examinadora, Prof. Dra. Maria H. Rigatto, Prof. Dra. Luciana S. Azambuja, Prof. Dr. Diego R. Falci e Prof. Dr. Marcelo M. Rigoli que gentilmente aceitaram participar e colaborar com este trabalho fazendo parte da banca.

Ao meu colega Mateus S. Helfer, por sua disponibilidade em me auxiliar na reta final deste trabalho.

A todos os participantes desta pesquisa, pela contribuição em aceitar participar do estudo.

A todos os meus amigos, em especial Jhoana Uribe e Lissete Redondo pelo carinho e respaldo desde a época de iniciação científica. E também a minha querida amiga e colega Caroline Luz Pereira, que muito me acolheu e me auxiliou durante este processo.

Aos meus queridos pais, Marilene Raupp e Paulo Nascimento pelo amor incondicional e por sempre acreditarem em mim.

À minha esposa, Andressa Machado que sempre esteve do meu lado com muito amor e paciência.

Ao Programa de Pós-Graduação em Medicina da UFRGS e em especial às Secretárias do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, que sempre se mostraram disponíveis no que fosse preciso e muito me incentivaram nesta jornada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, por viabilizar financeiramente a realização deste estudo.

RESUMO

Base teórica: Com o advento da terapia antirretroviral, a infecção pelo HIV tornou-se uma doença crônica, contribuindo para o crescimento da população HIV-positiva envelhecida. Entretanto, envelhecer com o vírus traz algumas adversidades que impactam a qualidade de vida (QV) desta população.

Objetivo: Analisar fatores associados à QV no envelhecimento com HIV-positivo com supressão virológica.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal realizado com indivíduos em acompanhamento contínuo no ambulatório HIV/Aids do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Os participantes incluídos no estudo foram de ambos os gêneros, com idade a partir dos 50 anos e com carga viral indetectável. Foi utilizado o World Health Organization Quality of Life (Whoqol HIV-Bref) para avaliação da qualidade de vida, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) para rastreamento de sintomas ansiosos e depressivos e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para rastreamento de declínio cognitivo. Para analisar as associações entre dados demográficos e clínicos com as dimensões de QV, foi realizada a correlação de Pearson.

Resultados: Participaram do estudo 79 indivíduos, cuja idade média foi de 59 anos ($\pm 6,65$), sendo 51,9% homens. Os domínios com pior qualidade foram o de independência (Mean=13,1) e psicológico (Mean= 13,9). O domínio físico foi o que teve maior associação significativa com as dimensões de independência, psicológica e de ambiente. Os sintomas de ansiedade e depressão se apresentaram como fortes fatores associados à piora da QV.

Conclusão: Para as pessoas que vivem com HIV (PVHIV) mais velhas em uso da TARV, a capacidade física está inteiramente ligada à QV. Dado que levanta preocupação, já que esta população apresenta indicativo de desenvolver números maiores de comorbidades, perda neurocognitiva e adoecimento emocional, do que indivíduos HIV - negativo. Deste modo é necessário mais estudos nesta população a fim de poder elaborar melhorias nas estratégias voltadas à saúde mental e qualidade de vida destes indivíduos.

Palavras-chaves: HIV; Qualidade de vida, Envelhecimento, Idoso.

ABSTRACT

Background: With the advent of antiretroviral therapy, HIV infection has become a chronic disease, contributing to the growth of the aging HIV-positive population. However, aging with the virus brings some adversities that impact the quality of life (QoL) of this population.

Objective: To analyze factors associated with QoL in aging HIV-positive individuals using antiretroviral therapy (ART) and with virological suppression.

Methods: This is a cross-sectional study carried out with individuals under continuous follow-up at the HIV/AIDS clinic at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). The participants included in the study were of both genders, aged from 50 years and with an undetectable viral load. The World Health Organization Quality of Life (Whoqol HIV-Bref) was used to assess quality of life, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to screen for anxious and depressive symptoms, and the Mini Mental State Examination (MMSE) to screening for cognitive decline. To analyze the associations between demographic and clinical data with the QoL dimensions, Pearson's correlation was performed.

Results: The study included 79 individuals, whose average age was 59 years (± 6.65), 51.9% of whom were men. The domains with the worst quality were independence (Mean=13.1) and psychological (Mean=13.9). The physical domain was the one that had the greatest significant association with the independence, psychological and environmental dimensions. Anxiety and depression symptoms were strong factors associated with worsening QoL.

Conclusion: For older people living with HIV (PLHIV) using ART, physical capacity is entirely linked to QoL. Data that raises concern, since this population presents an indication of developing greater numbers of comorbidities, neurocognitive loss and emotional illness, than HIV-negative individuals. Thus, further studies are needed in this population in order to develop improvements in strategies aimed at mental health and quality of life for these individuals.

Key Words: HIV, Quality of life, Aging, Elderly.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estratégia de busca de referências bibliográficas.

Figura 2 – Marco conceitual dos fatores que influenciam o nível de qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, do inglês, Acquired Immunodeficiency Syndrome

CD4+: Linfócitos T CD4+

cART: Tratamento Antirretroviral Combinado

HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, do inglês, Hospital Anxiety and Depression Scale

HAND: Distúrbios Neurocognitivos Associados ao HIV, do inglês, HIV-Associated Neurocognitive Disorders

HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana, do inglês, Human immunodeficiency virus.

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis

MMSE: Mini Exame do Estado Mental, do inglês, Mini Mental State Examination

OMS: Organização Mundial da Saúde

PVHIV: Pessoas Vivendo com HIV

QV: Qualidade de vida

SNC: Sistema Nervoso Central

TARV: Terapia Antirretroviral

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNAIDS: Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, do inglês, United Nations Programme on HIV and AIDS.

WHOQOL- HIV BREF: Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, do inglês, World Health Organization Quality of Life.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 Estratégias para localizar e selecionar as informações.....	11
2.2 HIV e envelhecimento.....	12
2.3 Qualidade de vida no envelhecimento com HIV	13
2.4 Efeitos nas funções cognitivas	13
2.5 Impacto na saúde mental.....	14
2.6 Instrumentos.....	15
2.6.1 Rastreamento	15
2.6.3 <i>WhoQol-HIV Bref</i>	15
2.6.4 <i>Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)</i>	16
2.6.5 <i>Mini Exame do Estado Mental</i>	16
3. MARCO CONCEITUAL	17
4. JUSTIFICATIVA.....	18
5. OBJETIVOS	19
5.1 Objetivo primário.....	19
5.2 Objetivos secundários	19
7. REFERÊNCIAS.....	20
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
10. PERSPECTIVAS FUTURAS.....	27
11. ANEXOS	28
Anexo 1 – Strobe.....	28
Anexo 2 – Rastreamento	30
Anexo 3 – Mini Exame do Estado Mental	32
Anexo 4 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão	33
Anexo 5 – <i>Whoqol-HIV Bref</i>	35

1. INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é uma infecção sexualmente transmissível que acaba por deixar o sistema imunológico vulnerável e suscetível a ataques de doenças oportunistas, isto é, há uma baixa no números de células de linfócitos T CD4+ (glóbulos brancos do sistema imunológico). (1, 2) Porém com o advento da terapia antirretroviral (TARV), o HIV passou de uma doença mortal para uma doença de caráter crônico por sua eficácia no controle da replicação viral, diminuindo a possibilidade de vir a óbito devido a doenças relacionadas à AIDS. (3)

No entanto, apesar do índice de mortalidade está em descensão, o número de indivíduos infectados pelo HIV continua notoriamente significativo. Foram notificados mais de 380 mil novos casos de infecção pelo HIV no Sinan entre 2007 a 2021. (4) Além disso, mesmo com o sucesso da TARV na supressão virológica, o organismo do indivíduo infectado permanece sofrendo danos pela inflamação crônica do vírus, que contribui para uma saúde mais vulnerável. (5,6) Assim, apesar de reconhecer que as pessoas que vivem com HIV (PVHIV) estejam alcançando a expectativa de vida da população HIV-negativa, elas permanecem apresentando maior prevalência a comorbidades e maior tendência à polifarmácia, evidenciando a complexidade do envelhecimento com HIV. (7 - 10)

Além disso, o HIV permanece com fortes estigmas sociais que instigam o preconceito e discriminação, colaborando pra que esta população opte pelo isolamento social e sofra impactos negativos em sua qualidade de vida. (11 ,12) Desta forma compreende-se a prevalência que esta população apresenta referente a diagnósticos psiquiátricos, como depressão e ansiedade. (13, 14)

Com isto, entende-se a importância de estudos sobre o envelhecimento com HIV-positivo. Apesar de haver um número significativo de pesquisas sobre a qualidade de vida desta população, há poucos estudos direcionados exclusivamente à população HIV-positiva acima de 50 anos e com supressão viral. Deste modo, este estudo tem como objetivo analisar fatores associados à qualidade de vida desta população, a fim de contribuir com novos conhecimentos sobre a temática que está em ascensão.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Estratégias para localizar e selecionar as informações

Esta busca literária teve como objetivo buscar informações relacionadas à qualidade de vida de indivíduos que estão envelhecendo com HIV em TARV. Neste sentido, o levantamento bibliográfico foi realizado utilizando as palavras-chaves: HIV, quality of life, aging and/or elderly nas bases de dados Scientific Electronic Library (SCIELO) e National Library of Medicine (PubMed).

Foram analisadas as palavras contidas nos títulos, resumos e descritores. Os registros selecionados que respondiam à questão norteadora desta revisão foram lidos na íntegra. Dos registros encontrados, foram incluídos aqueles com participantes de idade igual ou superior a 50 anos e em TARV. Outros critérios para inclusão foi acesso integral a todo texto, estar no idioma inglês, ser quantitativo e ter sido publicado a partir de 2012, período em que o tema estava ganhando notoriedade.

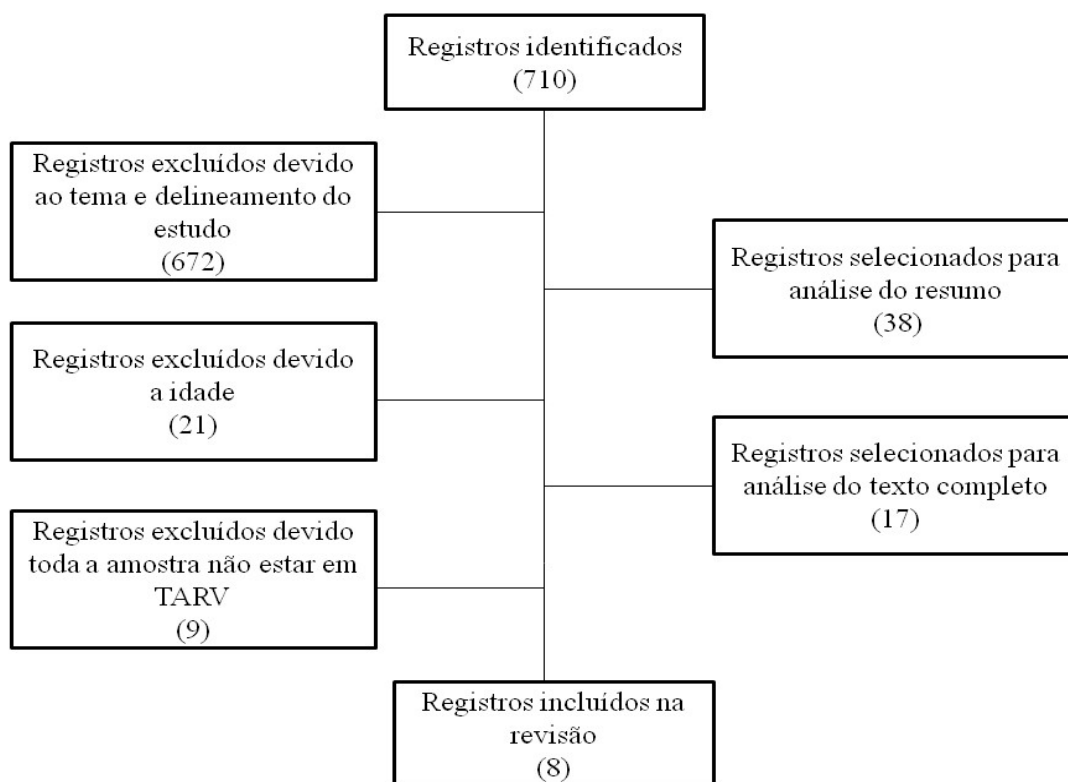


Figura 1- Estratégia de busca de referências bibliográficas.

2.2 HIV e envelhecimento

O Vírus da Imunodeficiência Humana, conhecido como HIV, é um retrovírus causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e teve seu surgimento na década de 1980. (15, 16) No organismo humano, o HIV age no interior das células do sistema imunológico, responsável pela defesa do corpo. (15, 16) As células de defesa mais atingidas pelo vírus são os linfócitos T CD4+, responsáveis em comandar respostas específicas de defesa do corpo diante a vírus e bactérias. (15, 16)

No entanto, na década de 1990 iniciou-se o uso de combinações de medicamentos antirretrovirais para o tratamento do HIV. (17) A eficácia da TARV mudou o curso da doença, diminuindo drasticamente a mortalidade e contribuindo para que hoje haja indivíduos infectados pelo HIV em idade avançada. (18) No entanto, diferente da era pré-cART (tratamento antirretroviral combinado), doenças oportunistas relacionadas ao HIV não são as causas principais dos óbitos de PVHIV atualmente. Os motivos principais dos óbitos têm sido doenças intrinsecamente relacionadas ao envelhecimento. (19, 20) Doenças cardiovasculares, doenças metabólicas, diabetes mellitus, alterações ósseas e déficits neurocognitivos são as comumente encontradas nesta população. (21 - 23)

O processo de inflamação crônica decorrente do HIV é um dos fatores principais para este fenômeno do “envelhecimento acelerado” acontecer. (19, 20) Independente da supressão viral, o organismo permanece com seu curso inflamatório através da recorrência da replicação residual do vírus, translocação microbiana e constante ativação do sistema imunológico. (19, 20) A ativação imune crônica favorece a disfuncionalidade dos monócitos, colaborando para o desenvolvimento de doenças precoces relacionadas ao envelhecimento e, com ela, a alta tendência à polifarmácia e exposição a interações medicamentosas, referente a medicamentos relacionados e não relacionados ao HIV. (6, 9, 19, 20, 24)

Por estes motivos, entende-se porque as síndromes geriátricas têm demonstrado uma alta incidência na população HIV-positiva com idade superior a 50 anos. (25, 26) O termo “síndrome geriátrica” vem sendo utilizado para descrever uma variedade de condições de saúde associadas ao envelhecimento que predizem resultados clínicos adversos. (25, 26) Estas condições contribuem para um quadro de fragilidade, os quais geralmente são situações de queda frequente, marcha lenta, declínio neurocognitivo, entre outros que visam comprometer a qualidade de vida de um indivíduo.

2.3 Qualidade de vida no envelhecimento com HIV

O envelhecimento é um processo natural e subjetivo, onde as mudanças físicas, sociais e comportamentais ocorrem de formas diferentes para cada indivíduo. A idade cronológica em si é apenas um dos fatores que podem ou não afetar o bem-estar. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), um envelhecimento saudável seria a capacidade de preservação da sua habilidade funcional e de independência. (27) Através das oportunidades de manter e melhorar sua saúde mental e física em prol da qualidade de vida. (27) Já a qualidade de vida está relacionada ao bem-estar pessoal que envolve inúmeras questões como: autoestima, saúde física, saúde emocional, situação socioeconômica, apoio familiar, rede social, acessibilidade ao sistema de saúde, satisfação nos ambientes em que habita, religiosidade, entre outros. (28) O conceito de QV vem se expandido nos últimos tempos, abrangendo cada vez mais fatores biopsicossociais.

2.4 Efeitos nas funções cognitivas

O Sistema Nervoso Central (SNC) é considerado um dos principais sistemas do organismo afetados pelo HIV. (29) O HIV atinge o cérebro através dos linfócitos e monócitos infectados que passam pela barreira hematoencefálica (estrutura que impossibilita a passagem de substâncias, partículas ou microrganismos danosos presentes no sangue para o tecido nervoso). Este processo compromete as conexões neurais conforme o avanço da doença. (29, 30)

Apesar da TARV ter reduzido significativamente o comprometimento neurológico grave em PVHIV, a infecção pelo HIV permanece sendo associada a distúrbios neurocognitivos conhecidos como HAND (HIV associated neurocognitive disorder). No entanto, os déficits neurocognitivos permanecem atingindo em grande proporção os indivíduos HIV-positivos mesmo em TARV, mas em níveis mais leves. (31, 32) Isso porque, apesar da TARV reduzir consideravelmente a ativação imune ocasionada pelo HIV, esta ativação imunológica permanece mais elevada em PVHIV, do que em aqueles não infectados, colaborando para que esta população tenha maior risco de sofrer perdas neurocognitivas, inclusive de forma precoce. (34)

Em um estudo realizado na Universidade de San Diego, na Califórnia, com adultos infectados pelo HIV e não infectados, as PVHIV apresentaram uma proporção significativamente maior de comprometimento neurocognitivo e de fragilidade quando

comparados aos indivíduos HIV-negativos. (35) Sendo que a maioria das PVHIV deste estudo, estavam em uso da TARV e com supressão viral. (35) Este resultado demonstra a prevalência da senescência celular precoce que as PVHIV sofrem, quando comparados à população geral.

Em outros estudos, PVHIV em adesão a TARV também apresentaram indícios de comprometimento neurocognitivo, principalmente aqueles que estão vivendo com o vírus há algumas décadas. Evidenciando que a exposição prolongada a inflamação crônica pelo HIV e ativação imune, colaboram para o desenvolvimento prematuro de déficits neurocognitivos. (33, 36)

Desta forma, é importante ter maior conhecimento dos efeitos do HIV nas funções cognitivas, mesmo na era da TARV. Uma vez que, apesar da supressão viral, as PVHIV continuam apresentando alterações neurocognitivas, dos quais podem afetar sua independência e, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

2.5 Impacto na saúde mental

O entendimento que se tem sobre o HIV vem mudando no decorrer dos anos, porém para aqueles com idade mais avançada que acompanharam o início da epidemia, por vezes permanecem com os estigmas negativos criados em seu surgimento. É comum que relacionem o HIV com promiscuidade ou drogas, e por este motivo receber o diagnóstico leva estes indivíduos a sentirem vergonha ou culpa, além de o entenderem como uma sentença de morte. (37, 38)

Outro estigma que favorece o adoecimento mental desta população é o estereótipo da velhice. Para a sociedade não há uma vida sexual ativa na fase do envelhecimento e por isso, consideram nulo a possibilidade de infecção por IST em idade mais avançada. (37) Estas contradições aos estereótipos da velhice e do HIV contribuem para que as PVHIV idosas mantenham oculto seu diagnóstico, evidenciando uma sobrecarga social, moral e por consequência levando ao adoecimento emocional. (39, 40)

Diante a todos estes estigmas sociais, percebe-se o quanto o medo da discriminação pode impedir os indivíduos com HIV mais velhos, buscarem apoio social, levando-os a desenvolverem sentimento de solidão. Um estudo realizado na Califórnia com PVHIV, demonstrou que 58% dos participantes sentiam-se solitários e 43% estavam sozinhos de fato. (41) Evidenciando maior probabilidade de adoecerem emocionalmente, principalmente com

sintomas de depressão e ansiedade, comorbidades que impactam diretamente a qualidade de vida de forma negativa. (41 - 43) Além disso, a ingestão diária de medicamentos, idas mais frequentes a ambientes hospitalares e as mudanças corporais, como a lipodistrofia (alteração metabólica) impacta diretamente a autoestima de quem está envelhecendo com HIV, prejudicando sua percepção de autoimagem e em sua socialização. (37, 38, 43, 44)

Além disso, a capacidade funcional tem demonstrado estar relacionada com a saúde mental desta população. (40, 43) O número de comorbidades tem sido associado a maior sintomatologia depressiva e ao uso de substâncias, que conseqüentemente acarretam a uma piora da qualidade de vida. (43) Para as PVHIV é de extrema importância para a qualidade de vida a saúde física, não apenas para viver sem dores ou desconfortos, mas também para preservar sua independência ao terem condições de trabalhar, estudar e se relacionarem socialmente. (40, 43)

Perante a estas dificuldades que englobam conviver com uma doença crônica, principalmente a soropositividade para o HIV, torna-se essencial a capacidade de resiliência, ou seja, a capacidade de se adaptar de forma efetiva diante a eventos estressantes e recuperar ou manter seu bem-estar. (45, 46) Os idosos sem HIV vem apresentando níveis altos de resiliência, que têm sido associados com as situações que o envelhecimento ocasiona inevitavelmente como o luto e adaptações dos papéis sociais. (46) No entanto, idosos com HIV vem apresentando dificuldades em desenvolver respostas positivas a determinadas diversidades, impedindo-os de aumentarem seu nível de resiliência, principalmente aqueles que estão lidando com o diagnóstico a maior tempo. (45, 46) Este resultado está associado a maior tempo de exposição a estressores como a discriminação e a própria vulnerabilidade física da doença, influenciando no desenvolvimento de transtornos mentais e piora da qualidade de vida. (35, 43, 45 - 48)

2.6 Instrumentos

2.6.1 Rastreamento

É um questionário para registro dos dados pessoais dos participantes e clínicos, como o tempo de diagnóstico, de tratamento, resultados dos últimos exames de CD4 e carga viral. Nele também foi incluído anotações das medidas antropométricas, número de comorbidades e uso de psicofármacos para ansiedade ou depressão.

2.6.3 WhoQol-HIV Bref

É um instrumento adaptado do WHOQOL-100, cujo objetivo é avaliar a qualidade de vida

de pessoas com HIV. Composta por 29 questões que englobam os domínios físico, psicológico, de independência, relação social, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais. (49) As outras duas questões são utilizadas para medir a compreensão do indivíduo sobre sua qualidade de vida geral e saúde. (49) Este instrumento foi traduzido e validado para o português, suas respostas podem ser classificadas entre 1 a 5, tendo sua pontuação por likert. (49) As pontuações mais altas significam melhor qualidade de vida.

2.6.4 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

A HADS é uma escala de rastreio de sintomas de ansiedade e depressão. Composta por quatorze questões objetivas e divididas em duas subescalas: sete questões avaliam sintomas ansiosos (HADS-A) e sete questões de avaliação de sintomas depressivos (HADS-D). (50) Criada em 1983, teve sua validação para o Brasil em 1995. (50, 51) Cada subescala tem como pontuação máxima 21 pontos, onde cada questão pode pontuar de 0 – 3 pontos (de ausente a muito frequente). Os pontos de corte conforme a literatura é de ≥ 9 pontos para ansiedade e depressão, apontado a partir de critérios empíricos e teóricos decorrentes de amostras clínicas. (50)

2.6.5 Mini Exame do Estado Mental

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi desenvolvido nos Estados Unidos da América e publicado em 1975, com objetivo de avaliar o estado mental do indivíduo e auxiliar na detecção de sinais de demências. (52) Nele são avaliadas a capacidade de orientação, atenção, memória e habilidades específicas de nomeação e compreensão. (52) Os pontos de corte sugeridos para o Brasil referente a déficit cognitivo relacionados à escolaridade são: 21 para analfabetos, 22 para baixa escolaridade, 23 para média escolaridade e 24 para alta escolaridade. (53)

3. MARCO CONCEITUAL

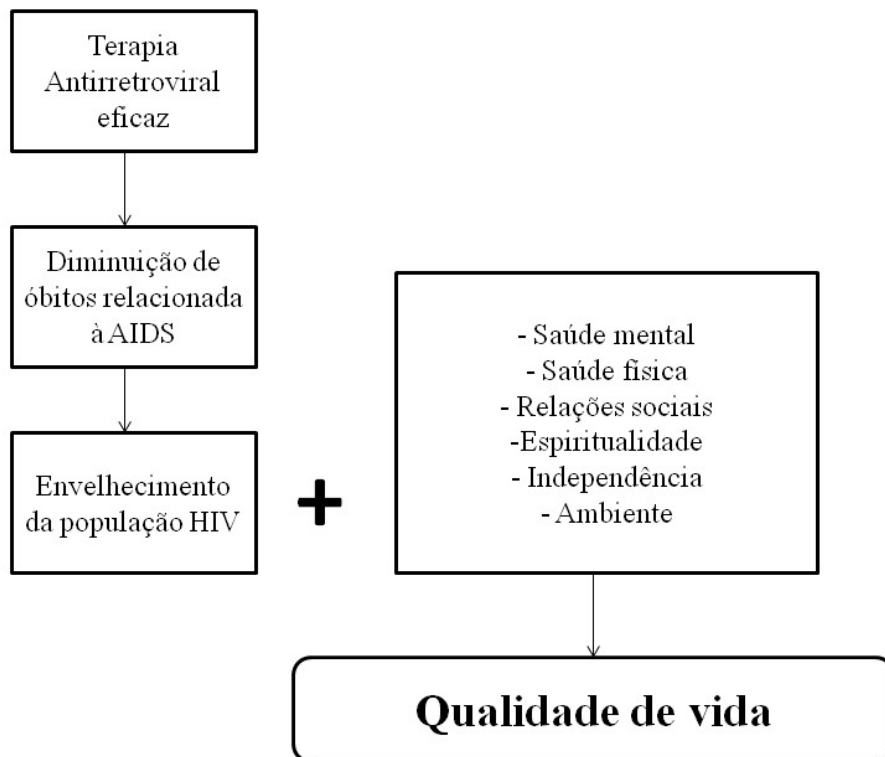


Figura 2 - Marco conceitual dos fatores que influenciam o nível de qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV.

4. JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se pela importância de se aprofundar sobre fatores relacionados à qualidade de vida daqueles que estão envelhecendo com HIV através da adesão ao tratamento com antirretrovirais. Visto que, indivíduos HIV-positivos possuem maior probabilidade de desenvolverem transtornos mentais, déficits cognitivos e multimorbidade quando comparados à população HIV-negativa.

Além disso, há uma escassez de estudos transversais direcionados especificamente à população HIV-positiva com idade a partir de 50 anos e com adesão à TARV. Deste modo, torna-se necessário estudar esta temática neste grupo de indivíduos, principalmente na região do Rio Grande do Sul, dentro do município de Porto Alegre que são locais de alta incidência e prevalência de infecção pelo HIV.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo primário

Avaliar fatores associados à qualidade de vida em indivíduos HIV-positivos, com carga viral indetectável e com idade igual ou superior à 50 anos, através dos instrumentos WHOQOL - HIV BREF, HADS e MEEM.

5.2 Objetivos secundários

1. Rastrear sintomas de depressão e ansiedade.
2. Rastrear indícios clínicos de declínio cognitivo.
3. Avaliar o impacto da depressão, ansiedade, declínio cognitivo, idade, tempo de tratamento e índice de massa corporal na qualidade de vida.

7. REFERÊNCIAS

1. Sadri Nahand J, Bokharaei-Salim F, Karimzadeh M, Moghoofei M, Karampoor S, Mirzaei HR, et al. MicroRNAs and exosomes: key players in HIV pathogenesis. *HIV Medicine*. 2020;21(4):246-278.
2. Blattner W, Gallo RC, Temin HM. HIV causes AIDS. *Science*. 1988; 29;241(4865):515-6.
3. Bale MJ, Kearney MF. Review: HIV-1 phylogeny during suppressive antiretroviral therapy. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 2019;14(3):188-193.
4. Ministério da Saúde [<https://www.gov.br/saude/pt-br>]. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [acesso em 5 Jan 2022]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv aids-2021>.
5. Anzinger JJ, Butterfield TR, Angelovich TA, Crowe SM, Palmer CS. Monocytes as regulators of inflammation and HIV-related comorbidities during cART. *Journal of Immunology Research*. 2014;2014:569819.
6. Wing EJ. HIV and aging. *International Journal of Infectious Diseases*. 2016;53:61-68.
7. Rajasuriar R, Wong PL. Disproportionate disability in people with HIV. *Lancet HIV*. 2023;10(3):e145-e146.
8. Simone MJ, Appelbaum J. HIV in older adults. *Geriatrics*. 2008;63(12):6-12.
9. Fernández Cañabate S, Ortega Valín L. Polypharmacy among HIV infected people aged 50 years or older. *Colombia Medica (Cali)*. 2019;30;50(3):142-152.
10. Gleason LJ, Luque AE, Shah K. Polypharmacy in the HIV-infected older adult population. *Clinical Interventions Aging*. 2013;8:749-63.
11. Andersson GZ, Reinius M, Eriksson LE, Svedhem V, Esfahani FM, Deuba K, et al. Stigma reduction interventions in people living with HIV to improve health-related quality of life. *Lancet HIV*. 2020;7(2):e129-e140.
12. Fuster-Ruizdeapodaca MJ, Molero F, Holgado FP, Mayordomo S. Enacted and internalized stigma and quality of life among people with HIV: the role of group identity. *Quality of Life Research*. 2014;23(7):1967-75.

13. Remien RH, Stirratt MJ, Nguyen N, Robbins RN, Pala AN, Mellins CA. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. *AIDS*. 2019;15;33(9):1411-1420.
14. Gaynes BN, Pence BW, Eron JJ Jr, Miller WC. Prevalence and comorbidity of psychiatric diagnoses based on reference standard in an HIV+ patient population. *Psychosomatic Medicine*. 2008;70(4):505-11.
15. Schacker T, Collier AC, Hughes J, Shea T, Corey L. Clinical and epidemiologic features of primary HIV infection. *Annals of Internal Medicine*. 1996;15;125(4):257-64.
16. Parekh BS, Ou CY, Fonjungo PN, Kalou MB, Rottinghaus E, Puren A, et al. Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus Infection. *Clinical Microbiology Reviews*. 2018;28;32(1):e00064-18.
17. Pau AK, George JM. Antiretroviral therapy: current drugs. *Infectious Disease Clinics North America*. 2014;28(3):371-402.
18. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *The New England Journal of Medicine*. 1998;26;338(13):853-60.
19. Deeks SG. HIV infection, inflammation, immunosenescence, and aging. *Annual Review of Medicine*. 2011;62:141-55.
20. Desai S, Landay A. Early immune senescence in HIV disease. *Current HIV/AIDS Reports*. 2010;7(1):4-10.
21. Maciel RA, Klück HM, Durand M, Sprinz E. Comorbidity is more common and occurs earlier in persons living with HIV than in HIV-uninfected matched controls, aged 50 years and older: A cross-sectional study. *International Journal of Infectious Diseases*. 2018;70:30-35.
22. Alves MD, Brites C, Sprinz E. HIV-associated lipodystrophy: a review from a Brazilian perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2014;17(10):559-66.
23. Verheij E, Boyd A, Wit FW, Verboeket SO, Verburgh ML, van der Valk M, et al. Long-term evolution of comorbidities and their disease burden in individuals with and without HIV as they age: analysis of the prospective AGE_{HIV} cohort study. *Lancet HIV*. 2023;10(3):e164-e174.

24. Holtzman C, Armon C, Tedaldi E, Chmiel JS, Buchacz K, Wood K, et al. Polypharmacy and risk of antiretroviral drug interactions among the aging HIV-infected population. *Journal of General Internal Medicine*. 2013;28(10):1302-10.
25. Greene M, Covinsky KE, Valcour V, Miao Y, Madamba J, Lampiris H, et al. Geriatric Syndromes in Older HIV-Infected Adults. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 2015;1;69(2):161-7.
26. Hawkins KL, Brown TT, Margolick JB, Erlandson KM. Geriatric syndromes: new frontiers in HIV and sarcopenia. *AIDS*. 2017;31(2):S137-S146.
27. Ministério da Saúde [<https://www.gov.br/saude/pt-br>]. Cadernos de atenção básica envelhecimento e saúde da pessoa idosa [acesso em 10 fev 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
28. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015;8(3):246-252.
29. Valcour V, Sithinamsuwan P, Letendre S, Ances B. Pathogenesis of HIV in the central nervous system. *Current HIV/AIDS Reports*. 2011;8(1):54-61.
30. Brew BJ, Barnes SL. The impact of HIV central nervous system persistence on pathogenesis. *AIDS*. 2019;33(2):S113-S121.
31. Heaton RK, Clifford DB, Franklin DR Jr, Woods SP, Ake C, Vaida F, et al. HIV-associated neurocognitive disorders persist in the era of potent antiretroviral therapy: CHARTER Study. *Neurology*. 2010;75(23):2087-96.
32. Simioni S, Cavassini M, Annoni JM, Rimbault Abraham A, Bourquin I, Schiffer V, et al. Cognitive dysfunction in HIV patients despite long-standing suppression of viremia. *AIDS*. 2010;24(9):1243-50.
33. Aupibul L, Sripan P, Tangmunkongvorakul A, Chaikan W, Sarachai S, Srithanaviboonchai K. Neurocognitive performance and quality of life of older adults with HIV on antiretroviral treatment in Northern Thailand. *Journal of the International AIDS Society*. 2022;25(4):e25983.
34. Lam JO, Hou CE, Hojilla JC, Anderson AN, Gilsanz P, Alexeeff SE, et al. Comparison of dementia risk after age 50 between individuals with and without HIV infection. *AIDS*.

2021;35(5):821-828.

35. Rubtsova AA, Sabbag S, Sundermann E, Nguyen AL, Ellis RJ, Moore DJ, et al. Frailty and neurocognitive impairment: Impacts on quality of life in HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2020;31(3):290–300.
36. Herrmann S, McKinnon E, Skinner M, Duracinsky M, Chaney R, Locke V, et al. Screening for HIV-Associated Neurocognitive Impairment: Relevance of Psychological Factors and Era of Commencement of Antiretroviral Therapy. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2019;30(1):42-50.
37. Silva CM, Santos AAP, Souza EMS, Alves RS, Reis RK. Social representations of individuals over 50 years old living with HIV. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020;73(3):e20190332.
38. Saldanha AAW, Araújo LF, Sousa VC. Envelhecer com Aids: Representações, Crenças e Atitudes de Idosos Soropositivos para o HIV. *Interamerican Journal of Psychology*. 2009; 43(2):323-332.
39. Araújo KMST , Leal MCC, Marques APO, Silva SRA, Aguiar RB , Tavares MTDB. Quality of life of elderly people living with HIV/AIDS in outpatient follow-up. *Ciência Saúde Coletiva*. 2020;25(6):2009-2016.
40. Araújo KMST, Silva RAS, Freire DA, Leal MCC, Marques APO, Baptista RS, et al. Correlation between quality of life, depression, satisfaction and functionality of older people with HIV. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021;74(2)e20201334.
41. Mazonson P, Berko J, Loo T, Kane M, Zolopa A, Spinelli F, et al. Loneliness among older adults living with HIV: the “older old” may be less lonely than the “younger old”. *AIDS Care*. 2020;33(3):375-382.
42. Fumaz CR, Ayestaran A, Perez-Alvarez N, Muñoz-Moreno JA, Moltó J, Ferrer MJ, et al. Resilience, ageing, and quality of life in long-term diagnosed HIV-infected patients. *AIDS Care*. 2015;27(11):1396-1403.
43. Millar BM, Starks TJ, Gurung S, Parsons JT. The Impact of Comorbidities, Depression, and Substance Use Problems on Quality of Life Among Older Adults Living With HIV. *AIDS and Behavior*. 2017;21(6):1684-1690.

44. Yeoh HL, Cheng AC, Cherry CL, Weir JM, Meikle PJ, Hoy JF, et al. Immunometabolic and Lipidomic Markers Associated With the Frailty Index and Quality of Life in Aging HIV+ Men on Antiretroviral Therapy. *EBioMedicine*. 2017;22:112-121.
45. Fumaz CR, Ayestaran A, Perez-Alvarez N, Muñoz-Moreno JA, Moltó J, Ferrer MJ, et al. Resilience, ageing, and quality of life in long-term diagnosed HIV-infected patients. *AIDS Care*. 2015;27(11):1396-1403.
46. McGowan JA, Brown J, Lampe FC, Lipman M, Smith C, Rodger A. Resilience and Physical and Mental Well-Being in Adults with and Without HIV. *AIDS and Behavior*. 2018;22:1688–1698.
47. Caliari JS, Reinato LAF, Pio DPM, Lopes LP, Reis RK, Gir, E. Quality of life of elderly people living with HIV/AIDS in outpatient follow-up. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71(1):513-22.
48. Monteiro, F, Canavarro MC, Pereira M. Factors associated with quality of life in middle-aged and older patients living with HIV. *AIDS Care*. 2016;281:92-8.
49. Zimpel RR, Fleck MP. Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS Care*. 2007;19(7): 923-930.
50. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1993;67(6):361-370.
51. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JRC, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*. 1995;29(5): 359-363.
52. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state.” *Journal Psychiatric Research*. 1975;12(3)189-198.
53. Kochhann R, Varela JS, Lisboa CS, Chaves MLF. The Mini Mental State Examination: Review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. *Dementia & Neuropsychologia*. 2010;4(1):35-41.

8. ARTIGOS

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos avanços no prognóstico dos pacientes vêm sendo conquistados desde o surgimento da epidemia do HIV. O principal é a introdução da terapia antirretroviral, que vem contribuindo de forma significativa para viver com o vírus por longos períodos e se aproximar da expectativa de vida da população HIV-negativa.

O longo período vivendo com HIV e seus efeitos no organismo mesmo em uso da TARV, favorecem para que esta população tenha uma saúde mais vulnerável à medida que estão predispostos a comorbidades, perda neurocognitiva e adoecimento mental de forma precoce. Assim, compreende-se porque neste trabalho a capacidade física apresentou influência na saúde mental e qualidade de vida de PVHIV mais velhas.

10. PERSPECTIVAS FUTURAS

A maioria dos pacientes que vivem com HIV realizam o tratamento através do Sistema Único de Saúde (SUS) pela oferta pública das medicações antirretrovirais. Historicamente o tratamento de PVHIV é baseado no controle da replicação viral do HIV e de doenças oportunistas. No entanto, a prevenção à saúde desta população vai muito além do que a ausência de sintomas.

Neste estudo, apesar da boa adesão a TARV, esta população apresenta sintomas consideráveis de ansiedade e depressão, além de sofrer alguma perda cognitiva. Demonstrando a importância de focar cada vez mais em intervenções biopsicossociais para quem vive com HIV, em prol da qualidade de vida e conseqüentemente um envelhecimento bem-sucedido. Deste modo, como perspectivas futuras é necessário a ampliação de meios de suporte emocional pelo SUS para os indivíduos HIV-positivos que precisam lidar com a complexidade do envelhecimento com HIV.

Outro fator importante é envolver mais a população idosa nas ações de prevenção a infecções sexualmente transmissíveis, a fim de desmistificar a sexualidade na velhice e contribuir para diminuição de novas infecções nesta faixa etária.

11. ANEXOS

Anexo 1 – Strobe

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No.	Recommendation	Page No.
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	43 44
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	45
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	45
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	46
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	46
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case	46
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	46
Data sources/measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	46
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	46 - 47
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	47
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses	47 47 47 47
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram	47 - 48
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	47 - 48
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures	48
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	47 - 48

Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	48
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	49-50
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	49-50
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	49-50
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	49-50
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	

Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

Anexo 2 – Rastreamento

Prontuário: _____ Nº TCLE: _____

Nome participante: _____

Celular _____ Whatsapp? NÃO () SIM ()

Fixo _____ Familiar (Nome/Telefone) _____

Endereço: _____

Email _____

Data de Nascimento __/__/____ Idade: ____ anos Sexo: F () M ()

Estado Civil: _____

Escolaridade (anos de estudos completos e aprovados): _____ Raça: _____

Tempo de diagnóstico HIV: _____

Tempo de tratamento: _____

Data do último exame de T CD4+: _____ Resultado: _____

ANTROPOMETRIA

Peso: _____ kg Altura: _____ cm IMC: _____

ATIVIDADE FÍSICA

Realiza atividades físicas regularmente? Não () Sim ()

Se sim, qual tipo de atividade física? _____

Quantas vezes por semana? _____ Qual duração (minutos)? _____

COMORBIDADES

Comorbidades associadas ao HIV/AIDS	Possui	Há menos de 1 ano	Há mais de 1 ano

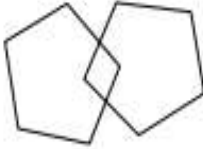
Comorbidades não associadas ao HIV/AIDS	Possui	Há menos de 1 ano	Há mais de 1 ano

MEDICAMENTOS

Por circunstância do HIV	Dose (mg)	Vezes ao dia

Por demais motivos	Dose (mg)	Vezes ao dia

Anexo 3 – Mini Exame do Estado Mental

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p>Orientação Temporal Espacial</p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1 Dia do mês? _____ 1 Mês? _____ 1 Ano? _____ 1 Hora aproximada? _____ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? _____ 1 Instituição (casa, rua)? _____ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p> <hr/> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. _____ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1</p>
<p>Registros</p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p>
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5</p>	
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	

Anexo 4 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Data: ___ / ___ / _____

Nome:

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:
 Quase sempre
 Muitas vezes
 Por vezes
 Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:
 Tanto como antes
 Não tanto agora
 Só um pouco
 Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:
 Sim e muito forte
 Sim, mas não muito forte
 Um pouco, mas não me aflige
 De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:
 Tanto como antes
 Não tanto como antes
 Muito menos agora
 Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:
 A maior parte do tempo
 Muitas vezes
 Por vezes
 Quase nunca
6. Sinto-me animado/a:
 Nunca
 Poucas vezes
 De vez em quando
 Quase sempre
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:
 Quase sempre
 Muitas vezes
 Por vezes
 Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
- Quase sempre
 - Muitas vezes
 - Por vezes
 - Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
- Nunca
 - Por vezes
 - Muitas vezes
 - Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
- Completamente
 - Não dou a atenção que devia
 - Talvez cuide menos que antes
 - Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
- Muito
 - Bastante
 - Não muito
 - Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
- Tanto como antes
 - Não tanto como antes
 - Bastante menos agora
 - Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:
- Muitas vezes
 - Bastantes vezes
 - Por vezes
 - Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
- Muitas vezes
 - De vez em quando
 - Poucas vezes
 - Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Anexo 5 – Whoqol-HIV Bref

Data: ___ / ___ / _____

Nome:

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **as duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
11 (F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você conseguiu se concentrar nas últimas duas semanas. Portanto, circule o número 4 se você conseguiu se concentrar bastante. Circule o número 1 se você não conseguiu se concentrar nada nas últimas duas semanas.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1 (G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2 (G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3 (F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 (F50.1)	O quanto você fica incomodado por ter (ou ter tido) algum problema físico desagradável relacionado à sua infecção por HIV?	1	2	3	4	5
5 (F11.3)	Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
6 (F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
7(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
8 (F52.2)	Você se incomoda com o fato das pessoas lhe responsabilizarem pela sua condição de HIV?	1	2	3	4	5
9 (F53.4)	O quanto você tem medo do futuro?	1	2	3	4	5
10 (F54.1)	O quanto você se preocupa com a morte?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
11 (F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
12 (F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
13 (F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
14 (F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
15 (F7.1)	Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
16 (F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
17 (F51.1)	Em que medida você se sente aceito pelas	1	2	3	4	5

	peças que você conhece?					
18 (F20.1)	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

19 (F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5
------------	--	---	---	---	---	---

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
20 (F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
21 (F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
22 (F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
23 (F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
24 (F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
25 (F13.3)	Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
26 (F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
27 (F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
28 (F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
29 (F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
30 (F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
31 (F8.1)	Com que freqüência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5